

918амч
Волжнова О.К.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа
**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО
БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

Выполнил:
Студент 5 курса, 2 группы
педиатрического факультета,
Машин Михаил Александрович

Волгоград - 2018 год.

Содержание.

1	Введение.....	3
2.	Цель научно-исследовательской работы	5
3.	Задачи научно-исследовательской работы.....	5
4.	Основные определения и понятия.....	6
5.	Теоретическая часть НИР	8
6.	Роль врача при оценке состояния здоровья ЧБД.....	20
7.	Собственное исследование.....	21
8.	Выводы.....	25
9.	Список литературы.....	28

Введение.

Проблема часто и длительно болеющих детей (ЧБД) является одной из наиболее актуальных и нерешенных в педиатрии. Значительный удельный вес (80-85%) среди ЧБД приходится на рецидивирующие респираторные заболевания. В зависимости от возраста и социальных условий ЧБД составляют от 15 до 75% детской популяции, в среднем — 24-25%.

В группу ЧБД относят детей, подверженных частым респираторным заболеваниям из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них. При этом рецидивирующие респираторные заболевания могут быть проявлениями наследственной, врожденной или приобретенной патологии (муковисцидоз, болезнь Незелофа, швейцарский тип иммунопареза, селективный дефицит иммуноглобулинов). В этом случае реабилитация должна строиться по принципам диспансеризации больных детей.

Критерии ЧБД: до 1 года — 4, до 3 лет — 6, 4-5 лет — 5, старше — 4 и более ОРВИ в год. Среди этиологических факторов рецидивирующих респираторных заболеваний у детей ведущую роль играют вирусы, они причинно значимы в 65-90%. Смешанные бактериально-вирусные инфекции имеют место в 25% случаев.

Клинически рецидивирующие респираторные заболевания могут проявляться от ринита до бронхопневмонии и синуситов. Реабилитация ЧБД — проблема не только медицинская, но и социальная. Комплексная реабилитация ЧБД на всех этапах оздоровления (семья, организованный коллектив, поликлиника, реабилитационный центр или сана-

торий) включает проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья детей, а также лечебные воздействия, способствующие коррекции имеющихся патологических отклонений.

Непременное условие эффективной реабилитации — целенаправленное круглогодичное оздоровление. Лечебно-оздоровительные мероприятия проводят в зависимости от состояния здоровья ребенка в течение всего года, 2 курса длительностью не менее 3 мес включают лечебные мероприятия. Кроме того, интенсифицируется терапия в период реконвалесценции и в пред- и эпидемический периоды. Для реабилитации ЧБД необходимым условием является их диспансеризация в условиях поликлинического

участка. На диспансерный учет дети берутся по уровню заболеваемости за предшествующий год. Диспансеризация предусматривает: наблюдение педиатром не менее 4 раз в год; ЛОР-врачом и стоматологом не менее 2 раз в год; физиотерапевтом 2 раза в год; другими специалистами (невропатологом, врачом ЛФК, аллергологом, иммунологом и др.) по профилю патологии по показаниям. Проводят лабораторные исследования: анализ крови и мочи 2 раза в год; иммунограмма при постановке на учет и далее по показаниям; другие исследования по показаниям.

Контроль выполнения врачебных рекомендаций должен осуществляться на всех этапах реабилитации с участием медицинского работника. Снятие с диспансерного учета проводится не ранее чем через 2 года отсутствия повышенного уровня заболеваемости. Неорганизованные дети получают восстановительное лечение в условиях поликлиники и специализированного санатория. Для организованных детей реабилитацию проводят в специализированных детских садах, специализированных группах детских садов или в обычных группах. Для школьников организуют санаторные смены в летних оздоровительных лагерях

Цель научно-исследовательской работы

Изучить этиологические и предрасполагающие факторы заболеваемости детей, отнесенных в группу часто и длительно болеющих (ЧДБ); критерии включения детей в группу часто болеющих детей; рабочую классификацию ЧДБ; профилактические мероприятия, реабилитацию, диспансеризацию ЧДБ; критерии снятия с диспансерного учета.

Задачи

Изучить основные положения Приказ МЗ и МО РФ N 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

Изучить медицинскую документацию на участке : Паспорт врачебного участка (педиатрического), история развития ребенка

Распределить часто и длительно болеющих детей по половозрастным группам.

Вычислить инфекционный индекс, индекс резистентности для ЧДБ на педиатрическом участке

Выделить категории ЧДБ: «Истинно» ЧДБ, «Условно» ЧДБ.

Провести статистическую обработку полученных данных, проанализировать, сделать выводы.

Основные определения и понятия

Часто болеющие дети – это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения ;ребенок с рекуррентным (повторным) ОРЗ, болеющий частыми респираторными заболеваниями . В группу ЧБД относят детей, подверженных частым респираторными заболеваниями из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма, и не имеющих стойких органических нарушений в них.

Инфекционный индекс — отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка. ИИ у ЧБД колеблется от 1,1 до 3,5, у редко болеющих детей — от 0,2 до 0,3.

При наблюдении за ребенком меньше 12 месяцев рассчитывается индекс резистентности.

Индекс резистентности — отношение числа перенесенных ребенком острых заболеваний к числу месяцев наблюдения. при ИР 0,3 и более ребенка можно считать часто болеющим.

Категории ЧБД:

1. **“Условно” ЧБД** (до 5 раз в год, инфекционный индекс — 0,33-0,49; отношение суммы всех ОРЗ в году к возрасту ребенка)

2. **“Истинно” ЧБД** (ИИ выше 0,5; наследственная отягощенность, высокая частота острых заболеваний от 7 раз в году, продолжительное осложненное течение, группа риска по формированию хронической патологии).

Клинические типы ЧБД:

1. Соматический тип ЧБД:

Формирование происходит на фон перинатальной энцефалопатии, аллергического диатеза. Интоксикация, фебрильные судороги, повышение температуры, длительный затяжной кашель.

Осложнение в виде бронхитов, пневмоний.

2. Оториноларингологический тип:

Формирование данного типа происходит на фоне лимфатического диатеза, наблюдается длительный, затяжной, волнообразный характер заболевания (4-6 раз в год).

3. Смешанный тип:

Наиболее часто у этих детей выявляются неврологические нарушения вследствие перенесенного перинатального поражения ЦНС (минимальная мозговая дисфункция, гипертензивно—гидроцефалический синдром, синдром дефицита внимания, синдром повышенной возбудимости).

Нервно—психическое развитие замедлено! Задержка активной речи, конструирования как основы формирования логического и образного мышления, нарушена моторика мелких мышц, трудности с одеванием, застегиванием пуговиц и др.

Теоретическая часть .

1.Приказ МЗ РФ 30 декабря 2003 N 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

Приложение N 1

УТВЕРЖДЕНО приказом Минздрава России

от 30.12.2003 г. N 621

ИНСТРУКЦИЯ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Система комплексной оценки состояния здоровья основывается на 4-х базовых критериях:

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);
- уровень функционального состояния основных систем организма;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья, является профилактический медицинский осмотр.

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с формализацией результата в виде отнесения к одной из "групп здоровья" дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

В зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к следующим группам:

- к I группе здоровья относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;
- ко II группе здоровья относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие

тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом массы тела (масса менее $M-1$ сигма) или R избыточной массой тела (масса более $M+2$ сигма), дети часто и/или R длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций;

- к III группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста;

- к IV группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что, в определенной мере, ограничивает возможность обучения или труда ребенка;

- к V группе здоровья относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Отнесение больного ребенка или подростка ко II, III, IV или V группам здоровья проводится врачом с учетом всех приведенных критериев и признаков.

Врач-специалист на основании анализа данных, содержащихся в истории развития ребенка, медицинской карте ребенка для образовательных учреждений, результатов собственного осмотра, а также инструментальных и лабораторных исследований, выносит (по своей специальности) полный клинический диагноз с указанием основного заболевания (функционального нарушения), его стадии, варианта течения, степени сохранности функций, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний или заключение "здоров".

Комплексную оценку состояния здоровья ребенка на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач-педиатр, возглавляющий работу медицинской бригады, проводящей профилактический осмотр.

Детям, с впервые заподозренными в момент осмотра заболеваниями или функциональными нарушениями, а также с подозрением на изменившийся характер течения болезни, уровень функциональных возможностей, появление осложнений и др., по результатам профилактического медицинского осмотра комплексная оценка состояния здоровья не дается. В таких случаях, необходимо проведение в полном объеме диагностического обследования. После получения результатов обследования выносится уточненный диагноз и дается комплексная оценка состояния здоровья.

Все дети, независимо от того, к какой из групп здоровья они отнесены, ежегодно проходят скрининг-обследование, по результатам которого определяется необходимость дальнейшего педиатрического осмотра.

Дети, отнесенные к I группе здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в полном объеме в сроки, определенные действующими нормативно-методическими документами.

Контроль за состоянием здоровья детей, отнесенных ко II группе здоровья, осуществляется при профилактических медицинских осмотрах и ежегодно - врачом-педиатром.

Дети, отнесенные к III-V группам здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в соответствующие возрастные периоды. Кроме того, контроль за состоянием их здоровья и оценка эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий осуществляется на основании результатов диспансерного наблюдения.

Результаты комплексной оценки состояния здоровья могут, в определенной степени (в качестве скрининга), помогать решать прикладные специальные задачи в отношении состояния здоровья детей - отнесение к определенным группам для занятия физической культурой, спортивный отбор, решение экспертных вопросов в отношении профессионального выбора, военной службы и др.

2. Этиологические и предрасполагающие факторы заболеваемости детей, отнесенных в группу часто и длительно болеющих (ЧДБ).

Наиболее высокий уровень заболеваемости ОРИ отмечается у детей дошкольного и младшего школьного возраста, особенно в течение первого года посещения организованного коллектива .

Известно, что дети в возрасте 10 лет и старше болеют ОРИ в 2 - 2,5 раза реже, чем дети первых трех лет жизни. При этом повторные респираторные заболевания изменяют реактивность организма, сенсibiliзируют его, приводят к снижению иммунитета, что способствует формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания, а также к задержке физического и психомоторного развития детей .

При ОРИ, повторяющихся более 6-8 раз в год, адекватного восстановления функциональных характеристик иммунной системы не происходит . И это особенно актуально для детей в возрасте 2-6 лет, т.к. характерной особенностью данного возрастного периода является высокая пролиферативная активность лимфоцитов, при этом фракция недифференцированных, «наивных» лимфоцитов у детей больше, чем у взрослых, характерен и более высокий уровень клеточной цитотоксичности.

Именно в этом возрасте происходит переориентация иммунного ответа на инфекционные антигены с превалирования Th2 -пути ответа, свойственного

плодам, новорожденным и детям первых месяцев жизни, на Th1 - ответ, типичный для инфекционного процесса у взрослых .

.В результате клинических исследований было выявлено, что в разгар болезни у ЧБД титр циркулирующих антител ниже, чем у детей, редко болеющих, при этом отмечается лимфопения, у более половины ЧБД снижается уровень интерферона в сыворотке крови, у подавляющего большинства таких детей выявляется низкий уровень термолабильных ингибиторов. ЧБД имеют достоверно более низкие титры лейкоцитарного интерферона (5,7 Ед/мл), чем редко болеющие дети (11,3 Ед/мл). Это характеризует слабость неспецифической противовирусной защиты у ЧБД .

У большинства ЧБД выявляются особенности функционирования иммунной системы, которые в значительной степени связаны с процессами ее развития и созревания. У многих детей с частыми ОРИ предполагается наследственно обусловленный «поздний старт» иммунной системы (транзиторная семейная дисфункция). Но эти функциональные особенности следует рассматривать как адаптивные. Также известно, что с уровнем заболеваемости ОРИ прямо коррелирует частота выявления аллергии .

Следует отметить, что нередко частые и длительные ОРИ представляют собой проявление наследственной, врожденной или приобретенной патологии, например, муковисцидоза, врожденного стридора, селективного дефицита sIg A , синдрома Незелофа (алимфоцитоз) и др. Выяснение причины частых ОРИ в каждом конкретном случае позволяет выработать индивидуальную программу иммунореабилитации.

В структуре ОРИ ведущее место занимают вирусы, в межэпидемический период преобладают заболевания негриппозной этиологии.

Наиболее частой причиной ОРИ у детей раннего возраста является РС-вирус. Тяжелое течение обусловлено аденовирусной или микст-инфекцией.

Наиболее часто инфицированность слизистой оболочки верхних дыхательных путей, обусловленная смешанной флорой (37%) -

микоплазмы (15%),

Chlamidia pneumonia (9%),

грибы рода *Candida* (5%).

У детей, особенно посещающих детские учреждения, высокая доля смешанных вирусных инфекций (7-35%).

3. Критерии включения в группу ЧБД

Возраст ребенка	Частота эпизодов ОРИ в год
До 1 года	4 и более
1-3	6 и более
4-5	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

У детей старше трехлетнего возраста в качестве критериев для включения в группу ЧБД можно использовать инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы ОРИ в течение года к возрасту.

У редко болеющих ИИ составляет 0,2 – 0,3; у ЧБД – 1, 0 – 3,5 .

В случае наблюдения за ребенком менее года, его резистентность можно определить по индексу частоты ОРИ (индекс резистентности), в группе ЧБД его значения 0, 5 и более.

При включении детей в группу ЧБД необходимо учитывать характеристики эпизодов ОРИ:

- Тяжесть каждого эпизода
- Наличие осложнений
- Необходимость применения антибактериальных препаратов
- Продолжительность интервалов между эпизодами

Выделяют 5 групп ЧБД по предрасполагающим механизмам

-1-я группа. В нее входят дети с преобладающими явлениями аллергии и аллергической патологией в анамнезе как по материнской, так и по отцовской линии.

-2-я группа. Дети преимущественно с неврологической патологией.

-3-я группа. Дети с первичными вегетососудистыми дистониями, обусловленными наследственным характером.

-4-я группа. Дети с преимущественным поражением лимфатической системы с рождения.

-5-я группа. Дети с преимущественными обменно-конституционными нарушениями.

Различают «истинно» и «условно» ЧБД.

-«Условно» ЧБД дети болеют не более 4-5 раз в год (индекс резистентности - 0,33 – 0,49), как правило в периоде адаптации к дошкольным учреждениям или школе.

-Истинные ЧБД - более 5 раз (индекс резистентности более 0,5).

Клинические критерии:

-Выраженная наследственная отягощенность генеалогического анамнеза

-Наличие отклонений в раннем онтогенезе, перинатальное поражение ЦНС в анамнезе

-Высокая частота острых заболеваний в год с продолжительным и осложненным течением

-Сопутствующие морфофункциональные отклонения

-Быстрое формирование хронических заболеваний, хронических очагов инфекции.

Выделяют 3 клинических типа «истинно» ЧБД.

А) Соматический тип: высокая кратность ОРИ (8 и более раз в течение года), выраженная интоксикация, часто развиваются осложнения (обструктивный синдром, бронхиты, пневмонии), отягощенный преморбидный фон (перинатальная энцефалопатия, аллергический диатез), в периоде реконвалесценции отмечается длительный затяжной кашель, высок риск формирования хронической бронхолегочной,

аллергической, гастроэнтерологической, сердечно – сосудистой, почечной патологии.

Б) Оториноларингологический тип: меньшая кратность ОРИ (4-6 заболеваний в течение года), без выраженной лихорадки, характерны осложнения (отиты, синуситы), длительное, затяжное течение заболеваний, в периоде реконвалесценции отмечается склонность к затяжному риниту, отягощенный преморбидный фон (лимфатический диатез), высок риск формирования хронических заболеваний лор – органов (тонзиллит, отит, синусит, тугоухость кондуктивного типа).

В) Смешанный тип: сочетанная симптоматика первого и второго клинического типа. Наиболее тяжелый контингент ЧБД.

Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями:

- Хронический тонзиллит
- Хронический аденоидит
- Хронический синусит
- Рецидивирующий бронхит
- Бронхиальная астма
- Муковисцидоз
- Иммунодефицитные состояния
- Синдром длительного субфебрилитета

4.Профилактика,реабилитация,диспансеризация детей из группы ЧБД.

Профилактические мероприятия в группе ЧБД.

Специфическая профилактика.

1. Рациональный режим дня. Исключение занятия и игр, приводящих к переутомлению и перевозбуждению ребенка, ограничение время просмотра телевизора, компьютерных игр, увеличить продолжительность сна на 1-1,5 часа.

Обязательно дневной сон и отдых.

2. Рациональное питание. Разнообразное, содержащее оптимальное количество калорий и нутриентов, обязательное употребление свежих овощей и фруктов.

Особое внимание должно уделяться повышению санитарной культуры семьи.

3. Контроль за тепловым режимом. Температура воздуха в помещении считается оптимальной, если она составляет 18-20 градусов днем и на 2-4 градуса ниже ночью. Одежда ребенка должна соответствовать температуре воздуха и времени года.

4. Закаливание.

Цель – повышение толерантности к охлаждению, необходимое для тренировки системы терморегуляции организма. Необходим индивидуальный подход к закаливающим процедурам.

Рекомендуют начинать закаливание с первых дней жизни – воздушные ванны во время пеленания, гимнастики, купания. Для этого ребенка оставляют на воздухе раздетым на несколько минут при температуре 22 градуса, с последующим постепенным снижением ее до 20.

К возрасту 2-3 месяца, 18 – к 4-6 месяцам. После купания 2-3 раза в неделю следует обливать ребенка водой с температурой на 2-4 градуса ниже, начинать надо с температуры 32-34.

На 2 ом году жизни можно добавить ежедневное мытье ног прохладной водой. Хорошим закаливающим эффектом обладает контрастный душ: смена теплой воды (до 40 градусов в течении 30-40 секунд) холодной 914-15 градусов, удлинняя её воздействие от 15 до 30 с.).

Посещение бассейна, сауны в условиях детской поликлиники.

5. Дозированные физические нагрузки, массаж, лечебная физкультура.

Рядом авторов для профилактики ОРВИ рекомендуется массаж лица:

-Массаж лба: поглаживание – растирание – поглаживание (10-15 раз для каждого движения)

-Массаж кожи под глазами в проекции верхнечелюстных пазух:
поглаживание -растирание – поглаживание (10-15 раз для каждого движения)

- Массаж крыльев носа

-Массаж заушных областей, профилактика отита (1 мин)

На выдохе через 1 носовой ход произносить звук «м» (показано при хронических гайморитах)

Для развития носового дыхания рекомендуется следующий комплекс упражнений:

Плотно закрыть рот, прижав одну ноздрю пальцем, медленно вдыхать и выдыхать через другую, и наоборот Вдох одной ноздрей (другая прижата), выдох другой (первая прижата)

-Медленный вдох ртом, толчкообразный выдох носом

- Вдохи выдох через сомкнутые губы (угля рта растянуты)

-Сомкнув губы раздуть щеки, после чего, прижав кулаки к щекам

-Медленно выдавить воздух через сжатые губы

- Вдох носом. На выдохе медленно произнести звук «м-м-м»

6. Индивидуальный подход к проведению профилактических прививок. –

Своевременная подготовка к поступлению в дошкольное детское учреждение, школу, мероприятия, облегчающие адаптацию.

- Коррекция сопутствующих отклонений в состоянии здоровья

- Психолого – педагогическое воздействие т- проблемно – целевое обучение (школа ЧБД).

В соответствии с Европейскими принципами в профилактические меры по борьбе с частыми ОРИ входят 2 типа профилактики

Классическая профилактика – прием иммуномодулирующих средств пациентом из группы риска, здоровым в период сезонного подъема заболеваемости ОРИ (октябрь – март) с целью снижения вероятности заболевания.

Специфическая профилактика.

Прицельная профилактика - прием иммуномодуляторов в острой фазе заболевания с целью сокращения числа дней болезни, профилактики тяжести течения заболевания, развития осложнений.

Иммунореабилитация

Требования к иммуностропной терапии: эффективность, убедительно доказанная в клинических испытаниях; хороший профиль безопасности; возможность использования по клиническим показаниям без предварительного иммунологического обследования; безинъекционные формы препаратов.

Анализ рандомизированных клинических исследований свидетельствует, что лишь небольшая часть иммуномодулирующих препаратов может быть отнесена к средствам выбора для иммунопрофилактики ОРИ.

Препараты для лечения и неспецифической профилактики гриппа и ОРИ.

1. Ингибиторы репродукции: ингибиторы нейраминидазы (озельтамивир, занамивир), производные адамантана (амантадин, римантадин, альгирем), арбидол)
2. Интерфероны 1 –го поколения (лейкоцитарный ИФН), рекомбинантные (виферон, реаферон, гриппефорн, алфарон, ингарон)
3. Индукторы интерферона: акридоны (циклоферон, неовир), флуорены (амиксин), аналоги госсипола (кагоцел)
4. Бактериальные лизаты: ИРС 19, имудон, бронхомунал, рибомунил
5. Биогенные иммунорегуляторные пептиды: тимоген, цитовир
6. Синтетические вещества: ликолипид, изопрринозинпидотимод
7. Фитопрепараты и гомеопатические средства с биологической активностью

Препараты ИФН по степени изученности, масштабам применения сохраняют лидирующие позиции, так как обладают одновременно прямым антивирусным и иммунорегуляторным эффектами, включены ВОЗ в список препаратов с доказанным иммуностропным потенциалом.

Вакцинопрофилактика.

Частые ОРИ не являются противопоказанием для плановой вакцинации. Иммунизация проводится в рамках Национального календаря профилактических прививок (2011г.) по индивидуальному графику.

Детям группы ЧБД показана специфическая профилактика гриппа, пневмококковой и гемофильной инфекции.

Вакцинация против гриппа проводится плано в сентябре – октябре, чтобы к началу гриппозного сезона (декабрь - февраль) привитой мог выработать иммунитет.

Вакцинация против пневмококковой и гемофильной инфекции.

Вакцинация против этих инфекций пока не включена в Национальный календарь прививок России, но рекомендована ВОЗ для защиты пациентов групп риска, Союзом педиатров России

рекомендована для защиты ЧБД.

Специфическая профилактика в группе ЧБД снижает частоту ОРИ и их осложнений. Лицензированные полисахаридные вакцины, зарегистрированные в России:

- Специфическая профилактика пневмококковой инфекции - Пневмо -23, Пневмовакс 23, Превенар, Синфлорикс

- Специфическая профилактика гемофильной инфекции - АКТ - ХИБ, Хиберикс, ХИБ

– вакцина, Комвакс

5. Диспансерное наблюдение.

ЧБД относятся ко второй группе здоровья, контроль состояния здоровья осуществляется на профилактических осмотрах и ежегодно врачом - педиатром.

Наблюдение должно осуществляться по протоколу, включающему установление сопутствующего диагноза, достижение ремиссии, на фоне которой осуществляется неспецифическая и специфическая (Научно – практическая программа Союза педиатров России «Часто болеющие дети», 2004 - 2005г.г.).

Диспансерное наблюдение проводится 2 –4 раза в год в зависимости от возраста ребенка. 2 раза в год дети должны осматриваться, оториноларингологом, стоматологом, по показаниям другими специалистами.

Всем ЧБД 2 раза в год проводится исследование клинического анализа крови, анализа мочи, другие обследования по показаниям.

Методы реабилитации преимущественно немедикаментозные с использованием санаторно – курортных факторов (местные санатории и курорты).

Особое место в диспансеризации ЧБД занимает организация оздоровительных мероприятий, своевременная санация хронических очагов инфекции, восстановление работоспособности и физического развития. Медикаментозная реабилитация включает индивидуально подобранный комплекс препаратов и средств, обладающих неспецифическими и специфическими иммуномодулирующими свойствами.

6. Критерии снятия с диспансерного учета:

1. Урежение числа ОРИ до 3-х и менее в течение года.
2. Отсутствие тяжелого и осложненного течения ОРИ

Роль врача-педиатра на участке .

Усиление работы по выявлению групп риска ЧБД

Планомерное, систематическое, в течение года оздоровление ЧБД .

Коррекция режима дня, проведение закаливающих, иммунореабилитационных мероприятий, санация очагов инфекции, неспецифическая профилактика респираторной заболеваемости.

Акцент на участие семьи во всех мероприятиях, что служит залогом эффективного снижения заболеваемости детей.

Собственное исследование.

Численность прикрепленного контингента к участку №13 -815 детей.

В группу часто и длительно болеющих (ЧБД) относятся : в абсолютном значении 30 человек, в процентном 3.7% .

В таблице 1 представлены часто и длительно болеющие дети на участке и их распределение по возрастным группам.

Возрастная группа	Численность	ЧБД (абсолютное значение)	% от всех ЧБД в данной возрастной группе
0-1	39 детей	0	-
1-3	140	6	4.3 %
3-6	152	14	9.2%
7-9	133	5	3.7%
10-14	223	3	1.3%
15-17лет	128	2	1.5%

Чаще на педиатрическом участке болеют дети 3х возрастных групп :с 1 до 3 лет, с 3 до 6 и 7-9 лет.

Соотношение болеющих полов в разных возрастных группах.

Дети относящиеся к группе ЧБД болеют примерно одинаково как мальчики, так и девочки.

Мальчики/девочки=16/14. Прослеживается разница в соотношении болеющих полов в разных возрастных группах: так до 3х лет болеют чаще мальчики м:д=6/3 , после 3х лет чаще девочки м:д=10/11

Структура заболеваний органов дыхания неоднородна в различных возрастных группах ЧБД.

Первое место диагноз ОРЗ. Так, в возрасте 1—3 года среди всех заболеваний, зарегистрированных у часто болеющих детей, у 3 х детей из 6 встречается данный диагноз ,следовательно на ОРЗ приходится 50 % , в возрасте 3—6 лет — 64,3%(9 детей из 14), а в 10—14 лет — 66,7%

(2 детей из 3х ЧБД) данные свидетельствуют о приоритете ОРЗ в формировании уровня заболеваемости часто болеющих детей.

Второе место в структуре болезней органов дыхания часто болеющих детей занимает грипп начиная с трехлетнего возраста, в этой же группе отмечается заболеваемость ангиной . Интенсивность обращений по поводу его наиболее высока в младшем дошкольном возрасте 3-6 лет и у школьников 10—14 лет. На первых двух годах жизни высок уровень заболеваемости пневмонией, а в целом первые 3 года жизни — бронхитом

Распределение по группам здоровья.

В таблице № 2 представлено распределение детей на участке ,относящихся к ЧБД по группам здоровья.

Группа здоровья	Абсолютное число ЧБД	%
1-ая группа	0	-
2-ая	21	70%
3-я	8	28%
4-ая	1	2%
5-ая	0	-

Часто и длительно болеющие дети составляют в основном 2-ю группу здоровья-это дети, у которых отсутствуют хронические заболевания ;часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями.

Также наблюдается 8 человек 3-ей группы, дети страдающие хроническими заболеваниями с редкими обострениями .

1 ребенок из 4-ой группы здоровья -ребенок, страдающий хроническим заболеванием в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями.

Инфекционный индекс.

У детей старше трехлетнего возраста в качестве критериев для включения в группу ЧБД можно использовать инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы ОРИ в течение года к возрасту.

У редко болеющих ИИ составляет 0,2 – 0,3;

у “условно” ЧБД инфекционный индекс — 0,33-0,49

детей из группы « истинно» ЧБД – 1, 0 – 3,5.

Возрастная группа «3-6 лет» представлена наибольшим количеством часто и длительно болеющих детей, рассмотрим ИИ в данной группе.

Мария К.В. 3 года $ИИ=5/3=1.6$ истинно ЧБД

Кирилл М.О. 3 года $ИИ=3/3=1$ истинно ЧБД

Василиса Н.Р. 4 года $ИИ=2/4=0.5$ условно ЧБД

Камила Т.Р. 4 года $ИИ=6/4=1.5$ истинно ЧБД

Рамис Р.З. 5 лет $ИИ=3/5=0.6$ условно ЧБД

Раиса Г.Н. 5 лет $ИИ=3/5=0.6$ условно ЧБД

Гавриил М.Н. 6 лет $ИИ=3/6=0.5$ условно ЧБД

Марина И.П. 6 лет $ИИ=4/6=0.6$ условно ЧБД

Петр О.Г. 6 лет $ИИ=8/6=1.3$ истинно ЧБД

Диниар Н.Д. 6 лет $ИИ=10/6=1.6$ истинно ЧБД

Александр А.А. 6 лет $ИИ=8/6=1.3$ истинно ЧБД

ИИ отражает частоту заболевания ребенка в течение года, является критерием для включения конкретного ребенка в группу ЧБД, так же служит показателем для определения категории ЧБД:

-«Истинно болеющие» : 23 человека. Обращались 5 и более раз в течение года по поводу ОРЗ за врачебной помощью. ИИ в пределах 1.0-3.5.

-«Условно болеющие» : 7. Заболевания отмечались не более 4 раз (3-4), инфекционный индекс — 0,33-0,49 :

2 детей из возрастной группы «1-3» в период адаптации к Детскому дошкольному учреждению, 4 из возрастной группы «3-6 лет» адаптация, связанная с началом посещения школы и 1 из группы «7-9 лет», также на 1 году обучения.

Индекс резистентности .

При наблюдении за ребенком меньше 12 месяцев рассчитывается индекс резистентности.

ИР — отношение числа перенесенных ребенком острых заболеваний к числу месяцев наблюдения .При ИР 0,3 и более ребенка можно считать часто болеющим.

Возрастная группа «10-14 лет»: на участке 3 детей отнесенных в группу ЧБД.

А)Коломойцев В.Н. 11 лет. За 6 мес наблюдения отмечалось 3 случая ОРИ.

$ИР=3/6=0.5$, т.е. ИР более 0.3 ,следовательно, ребенок относится к группе ЧБД.

Б)Никифоров О.Р. 10 лет . За 6 мес наблюдения отмечалось 4 случая ОРИ.

$ИР=4/6=0.6$ ЧБД

В)Марусенко Л.Д. 13 лет. За 6 мес наблюдения 4 случая ОРИ.

$ИР=4/6=0.5$ ЧБД

Индекс резистентности является важным критерием для включения детей в группу ЧБД ,если наблюдение проводилось менее чем 1 год.

Предположительные причины частых заболеваний детей на основе данных анамнеза перинатального , неонатального периодов .

Патологические состояния	Число детей на участке (из группы ЧБД)
Внутриутробная инфекция :	
Герпес	1
Микоплазма	1
Асфиксия	1
Недоношенность	2
Раннее искусственное вскармливание	3
Плохой уход за ребенком(экологическое, социальное неблагополучие)	2
лимфатико-гипопластическая аномалия конституции (диатез)	1
аллергическая отягощенность	2

Выводы.

Из группы часто и длительно болеющих детей в среднем большая часть переносит 4-5 эпизодов ОРЗ в год; при этом наибольшая заболеваемость отмечается среди детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста. В первые три года жизни дети болеют ОРЗ в 2-2,5 чаще, чем дети старше 10 лет.

Несмотря на раннее начало формирования элементов иммунной системы в онтогенезе к моменту рождения ребенка его иммунная система остается незрелой и неспособной обеспечить полноценную защиту организма от инфекций. У новорожденного слабо защищены слизистые респираторного и желудочно-кишечного трактов - входные ворота большей части инфекций. Недостаточность защиты слизистых, связанная с поздним началом синтеза иммуноглобулина А и продукции секреторного IgА, на протяжении всего детского возраста остается одной из причин повышенной чувствительности детей к респираторным и кишечным инфекциям. Ослабленная противoinфекционная защита организма ребенка усугубляется в периоды снижения уровня защитного IgG в кровяном русле (между вторым и шестым месяцами жизни). В то же время, в первые годы жизни ребенка происходит первичный контакт с большинством чужеродных антигенов, что ведет к созреванию органов и клеток иммунной системы, к накоплению потенциала Т- и В-лимфоцитов, способных в дальнейшем отреагировать защитным иммунным ответом на попадание в организм патогенных микроорганизмов. Все четыре критических периода детства - период новорожденности, период утраты материнских защитных антител (3 - 6 мес), период резкого расширения контактов ребенка с внешним миром (2-й год жизни) и период второго перекреста в содержании форменных элементов крови (4 - 6 лет) являются периодами высокого риска развития инфекций в детском организме.

Следовательно, факторы риска, влияющие на иммунную систему детей первых лет жизни, снижают противoinфекционную защиту организма и может привести к частым повторным инфекциям.

Так, основываясь на данных анамнеза перинатального и неонатального периодов жизни были выявлены следующие состояния, повлиявшие на становление иммунной системы детей из группы ЧБД: внутриутробные инфекции, асфиксия плода, ранний перевод на искусственное вскармливание

качественно и количественно неадекватное потребностям организма ;экологическое и социальное неблагополучие в семье, плохой уход за новорожденным; аллергическая отягощенность; лимфатико-гипопластическая аномалия конституции (диатез) .

Как правило ,клинические проявления повторных заболеваний у детей ,отнесенных в группу ЧБД, неоднородны в различных возрастных группах .

Первое место диагноз ОРЗ. Так, в возрасте 1—3 года среди всех заболеваний, зарегистрированных у часто болеющих детей, у 3 х детей из 6 встречается данный диагноз ,следовательно на ОРЗ приходится 50 % , в возрасте 3—6 лет — 64,3%(9 детей из 14), а в 10—14 лет — 66,7%(2 детей из 3х ЧБД) данные свидетельствуют о приоритете ОРЗ в формировании уровня заболеваемости часто болеющих детей.

Второе место в структуре болезней органов дыхания часто болеющих детей занимает грипп начиная с трехлетнего возраста, в этой же группе отмечается заболеваемость ангиной . Интенсивность обращений по поводу его наиболее высока в младшем дошкольном возрасте 3-6 лет и у школьников 10—14 лет. На первых двух годах жизни высок уровень заболеваемости пневмонией, а в целом первые 3 года жизни — бронхитом

Подытожим , диагноз ОРЗ отмечается чаще в возрасте 7-9 лет, грипп и ангина в 3-6, пневмония и бронхит 1-3 года .

Частая инфекционная заболеваемость приводит к нарушению нервно-психического и физического развития детей, формированию вегето-сосудистой дистонии, ограничению социальных контактов со сверстниками, плохой успеваемости. Нередко у часто болеющих детей отмечается несформированность наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, задержка речевого развития, нарушение мелкой моторики.

Наиболее высокий уровень заболеваемости ОРИ отмечается у детей дошкольного и младшего школьного возраста, особенно в течение первого года посещения организованного коллектива. Зачастую такие дети входят в категорию «условно» ЧБД. Данный процесс обусловлен одновременным контактом ребенка с большим спектром инфекционных агентов, перенапряжением недостаточно зрелой иммунной системы в ответ на возбудителей . После периода адаптации ,как правило, заболеваемость снижается .Протекают легко, без затяжного течения и обострения, редко исход в хронические заболевания .

Таким образом, в настоящее время необходимо усилить работу по выявлению групп риска часто болеющих детей, при этом основной акцент должен быть сделан на профилактической работе и иммунореабилитационной терапии с использованием новых медицинских технологий: это применение препаратов неспецифического действия, обладающих широкой фармакологической активностью.

Реабилитация ЧБД должна быть направлена, прежде всего на создание оптимальных условий для созревания иммунной системы, предусматривать комплекс медико – психолого – педагогических мероприятий.

Диспансерное наблюдение должно осуществляться по протоколу, включающему установление сопутствующего диагноза, достижение ремиссии, на фоне которой осуществляется неспецифическая и специфическая (Научно – практическая программа Союза педиатров России «Часто болеющие дети», 2004 - 2005г.г.). Диспансерное наблюдение проводится 2 – 4 раза в год в зависимости от возраста ребенка. 2 раза в год дети должны осматриваться, оториноларингологом, стоматологом, по показаниям другими специалистами. Всем ЧБД 2 раза в год проводится исследование клинического анализа крови, анализа мочи, другие обследования по показаниям. Методы реабилитации преимущественно немедикаментозные с использованием санаторно – курортных факторов (местные санатории и курорты). Особое место в диспансеризации ЧБД занимает организация оздоровительных мероприятий, своевременная санация хронических очагов инфекции, восстановление работоспособности и физического развития. Медикаментозная реабилитация включает индивидуально подобранный комплекс препаратов и средств, обладающих неспецифическими и специфическими иммуномодулирующими свойствами.

Список литературы.

1. Участковый педиатр - Рзянкина М.Ф. Год выпуска: 2009. Автор: Рзянкина М.Ф., Молочный В.Г. Жанр: Педиатрия.
2. Методическое пособие для студентов 6 курса педиатрического факультета ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России Кафедра педиатрии №2 : «Часто и длительно болеющие дети – группа диспансерного наблюдения на педиатрическом участке», 2012 год.
3. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. А. А. Баранова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4. Барычева, Л. Ю. Острые респираторные инфекции у детей: клиника и лечение: учеб. пособие / Л. Ю. Барычева, М. В. Голубева, Л. В. Погорелова. - Ростов н/Д :Феникс, 2012.
5. Кильдияров, Р. Р. Справочник по лабораторным и функциональным исследованиям в педиатрии / Р. Р. Кильдияров, П. Н. Шараев, Н. С. Стрелков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
6. Кильдиярова, Р. Р. Педиатру на каждый день / Р. Р. Кильдиярова. - 6-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 2 группы

Машин Михаил Александрович

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова